

Année 1882

THÈSE

N° 283

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} août 1882, à 1 heure.

PAR LÉON DEDET,

Né à Issoire (Puy-de-Dôme), le 5 janvier 1853,

Ex-médecin de la marine,

Ex-interne des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

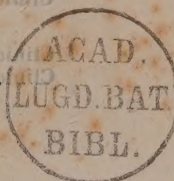
DU PURPURA HÉMORRHAGIQUE

DES PAYS CHAUDS

ET DE SES RAPPORTS AVEC L'INTOXICATION PALUSTRE

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. { BALL, professeur.
{ HALLOPEAU, TROISIER, agrégés.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
	GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIL.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR LOUISE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Officier de l'Instruction publique,
Inspecteur primaire en retraite.

A MES FRÈRES ET SŒURS,

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PURPURA HÉMORRHAGIQUE

DES PAYS CHAUDS
ET DE SES RAPPORTS AVEC
L'INTOXICATION PALUSTRE

INTRODUCTION

Pendant les trente mois de séjour que nous avons fait à la Guyane française, nous avons été, tour à tour, pour les besoins du service, envoyé aux Iles du Salut (pénitencier), à l'hôpital militaire de Cayenne, détaché comme médecin de la commission sanitaire d'immigration pour visiter les coolies employés dans les placers à l'exploitation de l'or, et nous avons pu constater, à maintes reprises, chez des sujets de race diverse (Européens transportés, Nègres, Chinois, Indiens), des cas de purpura survenant à la période ultime de différentes fièvres graves, mais dans lesquelles le paludisme occupait la plus grande place. Ces faits nous avaient

paru intéressants, et notre attention avait été éveillée sur ce côté curieux des manifestations palustres. Ils nous avaient donné l'idée de rechercher si le paludisme n'était pas la cause de ces manifestations de la peau et des muqueuses; mais ces faits n'étaient point assez concluants pour être rapportés à l'infection tellurique seule. En effet ces éruptions purpuriques, coïncidant avec des accès de fièvre, chez des individus habitant les bois, vivant, dans les pénitenciers, de conserves, de viandes salées, chez des transportés âgés, minés par l'alcoolisme, le paludisme, chez lesquels il nous eût été difficile de ne pas faire intervenir les conditions hygiéniques et sociales nous avaient empêché de donner suite à notre première pensée.

De plus, ces taches hémorrhagiques, toujours limitées aux membres inférieurs, précédées quelquefois, accompagnées souvent d'œdème, nous avaient paru se rattacher de trop près au scorbut, pour que nous osions en faire un purpura d'origine spéciale, un purpura secondaire symptomatique de l'empoisonnement palustre. Nous avons eu sous les yeux des cas de purpura, mais pour la plupart des malades, chez lesquels nous les observions, nous avions des antécédents scorbutiques, ce qui nous empêchait, nous défendait pour ainsi dire, de rechercher à ces éruptions une autre cause que l'affection scorbutique.

Sans abandonner nos vues au sujet de ces manifestations, nous les avons laissées de côté, nous

réserveant le droit d'y revenir, si l'affection purpurique se représentait, dégagée de tout antécédent scorbutique.

Deux cas de purpura hémorrhagique très graves, survenus chez de jeunes soldats vigoureux, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, l'un acclimaté, l'autre ayant à peine deux mois de colonie, et chez lesquels on ne put découvrir aucune cause prédisposante; le pays dans lequel nous observions, la saison dans laquelle se passaient ces faits, nous fournirent l'occasion de reprendre notre idée première, à savoir qu'il peut exister un purpura symptomatique de l'infection palustre.

Nous songeâmes dès lors à appeler l'attention sur ce point, en le choisissant comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons feuilleté les publications périodiques, recherché dans les traités didactiques, et nous n'avons trouvé que fort peu de chose à ce sujet.

Nous nous sommes alors décidé à publier les observations qu'on lira dans le courant de notre petit travail; nous les avons rapprochées d'autres observations semblables; nous avons essayé d'en tirer quelques données cliniques, guidé par l'espérance non pas de démontrer, ni de convaincre d'une façon absolue, mais par celle du moins de faire envisager les rapports de cause à effet qui unissent les accidents purpuriques et les manifestations palustres.

Si nous restons au-dessous de la tâche difficile,

que nous avons entreprise, nous comptons sur la bienveillance de nos juges, pour nous indiquer le vrai chemin.

HISTORIQUE

Dès la plus haute antiquité, le purpura était connu, mais il est probable que la confusion existait alors entre des cas de scorbut et des cas de purpura.

De l'aveu de plusieurs auteurs modernes, c'est à Werlhof que revient l'honneur d'avoir fait du purpura une maladie à part.

En 1775, Graaf, dans sa dissertation (de petechiis sine febre), décrit un cas de purpura hémorrhagica.

Latour dans son traité des hémorrhagies, Bateman en 1801, Gintrac en 1853, Bucquoy en 1855, Vignancour en 1869, Vernier en 1873, Faisans en 1882, ont tour à tour écrit sur le sujet.

DÉFINITIONS ET CLASSIFICATIONS

Werlhof, dit Wichmann, a, si je ne me trompe, eu le mérite d'appeler le premier l'attention de ses confrères sur ce fait, qu'il existe des pétéchiies sans fièvre, bien moins dangereuses que les éruptions

fébriles et qui n'offrent rien d'effrayant pour les médecins. Aikin établit que tous les praticiens ont rencontré des exemples de cette disposition aux hémorrhagies avec taches pourprées, sans fièvre, et sans autre affection antécédente ou concomitante.

Ce ne sont évidemment là que des appels de l'attention sur des faits cliniques observés, et n'ayant pas encore le droit d'être groupés ensemble de façon à permettre une définition,

Nous arrivons aux définitions du purpura hémorrhagique primitif, telles qu'elles sont données par les auteurs.

Cette maladie, désignée aussi sous le nom de Péliose, par Swediaur et Alibert, connue sous le nom plus vulgaire de pourpre, décrite par Adair avec l'expression de (*hemorrhœa petechialis*), est caractérisée par la présence de taches cutanées rouges, brunes ou jaunâtres, de forme et de dimensions variables, mais ordinairement petites et arrondies, indolentes et ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Elles sont constituées par du sang épanché dans l'épaisseur même de la peau au dessus de l'épiderme. (Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

Le type morbide, établi par Werlhof (dit M. le professeur Lasègue, dans une étude rétrospective sur la maladie qui porte le nom de Werlhof, en mai 1877), peut se résumer ainsi, en n'énonçant que les données caractéristiques : pas de fièvre, pas de

malaises prodromiques de quelque valeur, pas de maladie concomitante portant nom.

Le purpura hémorrhagique, dit le professeur Jaccoud, désigné aussi sous le nom de morbus, maculosus, hémorrhagicus, de maladie de Werthof, est caractérisé par le développement des taches hémorrhagiques cutanées, plus profondes que celles du purpura simple, et surtout par l'existence simultanée d'hémorrhagies ayant lieu par diverses voies.

Quoi qu'il en soit, le purpura est une affection quise caractérise par des hémorrhagies miliaries de la peau, des hémorrhagies de diverses muqueuses, avec ou sans fièvre, sans lésions connues des organes hémato-poiétiques.

Il est primitif ou secondaire, nous reviendrons sur ce point.

CLASSIFICATION

Les classifications du purpura ont encore été plus nombreuses que ses définitions.

Haberson, dans son travail sur le purpura considéré dans ses rapports avec les affections de la rate, reconnaît comme causes isolées de purpura les cinq suivantes :

1^{re} et 2^e. — Le purpura simplex et le purpura hémorrhagica, qui d'après lui proviennent de maladies de la rate ou du foie, hypothèse que rien ne justifie.

3°. — Le purpura érythémateux et urticans, qui est le résultat d'une hyperhémie de la peau.

4°. — Le purpura par congestion passive dans les maladies du cœur.

5°. — La forme pétéchiale. — Typhus et fièvres éruptives.

Willan et Bateman ont aussi décrit cinq variétés :

1^{re} Simplex; 2^e hæmorrhagica; 3^e urticans; 4^e senilis; 5^e contagiosa.

Parmi toutes ces variétés, on a fait une sélection, et deux sont restées classiques.

1^{re} Purpura simplex; 2^e le purpura hæmorrhagica.

Tous deux pouvant être soit primitifs, soit consécutifs, idiopathiques ou symptomatiques.

ETIOLOGIE

Si le purpura, dit le professeur Jaccoud, dans son traité classique de pathologie interne, possède en commun avec le scorbut certains caractères spéciaux, il diffère de cette dernière affection par ses causes beaucoup moins spéciales et moins saisissables, par sa marche ordinairement plus rapide, par l'absence de stomatite fongueuse, par l'absence des infiltrations et des exsudations dans le tissu sous-cutané et intermusculaire, par la présence de la fièvre qui est très fréquente.

L'étiologie du purpura est peu connue et l'on rattache d'ordinaire sa production aux causes qui engendrent l'affection scorbutique elle-même. On y serait plus exposé de un à trente ans ; le sexe et la constitution n'apporteraient pas en eux-mêmes des chances plus favorables à l'éclosion de la maladie.

Comme conditions antécédentes, on a surtout invoqué l'habitation dans les pays froids, humides ; les causes morales capables d'amener la dépression de l'individu ; l'insuffisance alimentaire, etc.

Parmi les causes déterminantes, on n'a pour ainsi dire qu'à faire le choix, et chaque auteur rapporte des cas de purpura spécial. Ricord certifie avoir vu, et cela à plusieurs reprises, l'iodure de potassium créer une véritable hémorrhagie purpurique. Il a succédé à un eczéma d'origine mercurielle.

On l'a observé comme complication de la gale, de la vaccination ; on l'a vu survenir, dit Herpin de Genève, à la suite d'abus d'eaux salines. Bucquoy a reconnu pour cause des excès de table, des abus de liqueurs alcooliques, absinthe entre autres ; enfin la menstruation elle-même a droit à la production du purpura, et la chose a été surtout signalée.

Comme il n'entre pas dans le plan de notre travail de traiter du purpura primitif, idiopathique essentiel, nous allons immédiatement passer à l'étiologie du purpura (variété dite secondaire), et nous emprunterons à la thèse de M. Vernier, 1873, la division suivante :

La variété dite purpura secondaire se manifeste souvent consécutivement à l'apparition d'une maladie grave; on l'observe :

A. Dans le cours des affections aiguës et des pyrexies, variole, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, typhus des camps, peste, fièvre jaune, ictère grave, rhumatisme articulaire.

B. A la suite de lésions accidentelles; à la suite d'empoisonnement par le Phosphore, l'Arsenic, la Belladone, la Ciguë.

C. A la période de cachexie des maladies chroniques : affections cardiaques, hépatiques, maladies de la rate, cancer, entérite chronique, et en particulier dans la tuberculose pulmonaire, etc.

Telle est la division que nous avons adoptée en y ajoutant la cachexie paludéenne, comme cause sinon fréquente, du moins observée, de cas de purpura hémorrhagique dans les pays chauds.

Nous ne sommes pas arrivé d'emblée à cette idée que l'infection tellurique pouvait engendrer du purpura, ou du moins si l'idée nous est venue, nous avons songé à l'étayer sur quelque base un peu solide, et nous avons trouvé que depuis longtemps déjà Stoll et Verlhof avaient noté des cas de purpura hémorrhagique venant compliquer des accès de fièvre intermittente.

Griesinger rapporte un cas de purpura simplex, observé chez une jeune fille de constitution vigoureuse, dans le cours d'une fièvre intermittente.

Observation de Griesinger (des maladies infectieuses).

Purpura simple dans le cours d'une fièvre intermittente.

J'ai observé dernièrement, dit Griesinger, dans son livre sur les maladies infectieuses, un très remarquable cas de purpura, chez une jeune fille de 18 ans, de constitution vigoureuse. Au jour du troisième accès d'une fièvre tierce, de nombreuses plaques rouges se montrèrent seulement aux extrémités inférieures; j'observai ensuite la malade au quatrième accès et je constatai que les jambes s'étaient couvertes de plaques ecchymotiques confluentes, de la grosseur d'une épingle à celle d'un thaler; l'éruption était surtout intense à la face interne de la cuisse; les gencives étaient saines; l'urine non albumineuse; la rate était considérablement augmentée de volume; les corpuscules blancs étaient très rares dans le sang; nulle part du reste d'hémorrhagie; un souffle systolique à la pointe du cœur. Les taches disparurent quand les accès s'arrêtèrent sous l'influence du sulfate de quinine; il n'y a pas à penser ici à une obstruction vasculaire par des amas de pigment, puisque les extrémités inférieures seules étaient le siège des ecchymoses.

Nous lisons dans le Dictionnaire de médecine en 21 volumes (année 1824. Marjolin).

Nous avons vu sur un homme adulte, très robuste, la gangrène d'une portion des téguments d'une jambe, précédée d'une inflammation très faible se manifester pendant un accès de fièvre intermittente; cette gangrène faire des progrès très étendus pendant l'accès suivant, où seulement la véritable cause fut reconnue. L'administration du quinquina à haute dose, à l'intérieur et à l'extérieur rendit le troisième accès beaucoup plus faible; son emploi continué arrêta la gangrène et fit cesser la fièvre pernicieuse, dont elle était un des symptômes les plus graves.

Ce fragment d'observation a été cité devant la Société de médecine pratique, par le docteur Liegey

à l'occasion de deux cas de gangrènes purpurique, par lui observés, modifiés et guéris par le sulfate quinique.

M. Fritsch, dans sa thèse inaugurale soutenue devant la faculté de médecine de Strasbourg, cite de nombreux cas de purpura soit simple, soit hémorrhagique, dans une épidémie d'ictérie sévissant sur des soldats, soumis à l'intoxication palustre.

« Nous pouvons, dit cet auteur, invoquer des causes nombreuses et variées ; un travail fatigant, une nourriture souvent insuffisante et mal préparée des intoxications paludéennes, l'acclimatation dans un pays chaud, et enfin le déplacement des masses de terre assez considérables, pour la construction des fortifications de Civita-Vecchia.

Cette dernière cause surtout a attiré notre attention, car ce sont les soldats travaillant aux fortifications qui ont fourni, à quelques rares exceptions près, tous les cas d'ictère et de purpura. Chez eux seulement l'affection a présenté quelque gravité.

Malgré ces présomptions en faveur de l'intoxication palustre, malgré l'apparition des taches de purpura pour la plupart graves, chez les militaires les plus exposés à la malaria, c'est-à-dire ceux qu'on employait aux travaux de terrassement, ce n'est pas là pour M. Fritsch, qu'il faudrait rechercher la pathogénie de l'affection.

M. Jacquot, dans ses remarquables études sur les fièvres climatiques de Rome et de la campagne romaine, études publiées dans les Annales d'hy-

giène en 1851 ; est d'un avis tout à fait opposé, il classe comme des purpura d'origine paludéenne, ceux qui apparaissent dans des conditions analogues à celles où étaient placés les malades de M. le Dr Frisch ; c'est aussi notre humble avis. Il s'agissait là de purpura du aux effluves maremmatiques.

Résumé d'une observation recueillie à l'hôpital civil de
Rochefort.

Le nommé V..., vagabond par mœurs, terrassier de profession, âgé de 40 ans, alcoolique, sujet à de fréquents accès de fièvre intermittente, entre à l'hôpital civil de Rochefort en juillet 1876.

On constate à son entrée un peu d'hypertrophie de la rate. Le foie est d'un volume à peu près normal. Rien au cœur, ni dans la poitrine.

Il nous montre en même temps sur les membres inférieurs des taches de purpura qui seraient survenues pendant l'accès qui a déterminé son entrée à l'hôpital. Ces taches ecchymotiques sont environ au nombre de douze, de toutes les grandeurs et variant entre la largeur d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs.

La langue est blanche, couverte à la base d'un enduit saburral.

Prescription : sulfate soude, 30 grammes ; sulfate quinquique, 1 gramme.

Le lendemain, léger accès de fièvre. Sulfate quinquique, 1 gramme 20.

Les taches commencent à pâlir le surlendemain ; au bout de quatre jours elles ont disparu. La quinine a été administrée pendant quelque temps encore ; la fièvre, ni les taches n'ont reparu.

Je tiens dès à présent à faire remarquer que, même dans ce cas de purpura simple, ce n'est pas

un piqueté miliaire qu'on observe, mais de vraies taches hémorrhagiques, variant de grandeur, comme celles qui ont été observées chez la jeune malade de Griesinger.

Ainsi le purpura a été noté à la suite de maladies aiguës graves, fièvres, etc., etc.; de maladies de plus longue durée, amenant à leur suite une cachexie de nature spéciale, et relevant de l'affection primitive, cancer, etc., etc.

On l'a noté comme succédant ou se produisant dans le cours de fièvre intermittente; les observations de Griesinger et Liégey, la nôtre en font foi. Dans la cachexie paludéenne, on a eu l'occasion de le constater, et le Dr Sorel, médecin major à Sétif (Algérie) en a publié une remarquable observation dans le Progrès médical de l'année 1881.

C'est par cette observation que nous débiterons pour établir, qu'il existe un purpura secondaire, de la cachexie paludéenne. Nous ferons suivre cette observation des nôtres, et nous passerons ensuite à la symptomatologie.

Première observation empruntée au Progrès médical, année 1881.

Fièvre intermittente rebelle (cachexie tellurique aiguë); accès quotidien, anémie considérable, pétéchie. — Gangrène de l'amygdale droite. — Hémorrhagie. — Mort.

Splénite chronique; altération du foie et des reins; nécrose de l'os hyoïde, par le Dr Sorel, médecin-major à Sétif (Algérie).

H... Frédéric, chasseur au 4^e bataillon, âgé de 23 ans, dans sa 3^e année de service et d'Algérie, entre à l'hôpital de Sétif le 20 avril 1880 et meurt le 5 juin suivant.

Dedet.

Renseignements. — Contracte la fièvre tellurique dans le port d'Albou, en septembre 1879; hospitalisé à Sétif; il est envoyé en congé de convalescence en France; il reste sujet à quelques accès de temps à autre.

Mais de retour en Algérie, au commencement d'avril 1880, ils redeviennent quotidiens et la fièvre ne quitte plus le malade qu'à sa mort.

A son entrée à l'hôpital le 20 avril, H... est animé, son teint est olivâtre, son foie et sa rate augmentent de volume.

Du 20 avril au 21 mai, accès quotidiens naissant vers 11 heures, sans frisson; si bien que, malgré l'élévation considérable de la température dans l'après-midi le malade en a peu conscience.

L'accès prend fin dans la soirée et amène parfois la sudation.

La sulfate de quinine employée à haute dose, soit massive, soit fractionnée; la poudre de quinine, l'arsenic, le salicylate de soude, le bromure de potassium, les douches administrées concurremment, en même temps que sont donnés les toniques alimentaires: café, alcool, vins divers, etc., tout échoue; les accès ne sont modifiés ni dans leur intensité, ni dans l'heure de leur apparition.

Le malade s'affaiblit, et le 22 mai, survient une angine tonsillaire double; la fièvre prend alors le caractère rémittent.

Le 25, petite plaque gangréneuse sur chaque amygdale et apparition de pétéchies aux membres inférieurs.

L'amygdale gauche s'élimine en partie et s'atrophie. L'amygdale droite tombe en putrilage, en même temps, le 31 mai, apparaît à droite, sous le menton, une petite tumeur semblable à un ganglion induré; elle augmente peu à peu, devient diffuse en arrière et gêne l'acte de la déglutition; les mouvements d'élévation du larynx se trouvant limités et pénibles, de sorte que le malade ne peut plus absorber que des liquides.

Le 4 juin. L'état général est plus mauvais, les pétéchies apparaissent au tronc et aux membres supérieurs; vers trois heures de l'après-midi hémorrhagie au niveau de la tonsille droite détruite entièrement. L'hémorrhagie n'est arrêtée que temporairement par la compression digitale, faite par un bourdonnet de charpie imbibée de perchlorure de fer.

A 6 du soir, M. Dieu, chirurgien en chef, consulté, établit

une compression permanente au moyen d'une grande pince à mors plats, garnis de liège, prenant point d'appui d'une part dans la fosse amygdalienne, et de l'autre derrière la branche montante du maxillaire inférieur.

Vers 11 heures du soir, le malade arrache l'appareil dont la pression avait cependant été diminuée. L'hémorrhagie ne se reproduit pas, mais la peau est sèche, brûlante, l'affaiblissement considérable; un besoin invincible de sommeil se fait sentir, bien que le malade ait déjà dormi malgré la présence de la pince à compression, et la mort par épuisement arrive le 4 juin à 3 heures du matin.

Autopsie le 6 juin. — Rigidité cadavérique. Pétéchies sur le tronc et les membres, plus nombreuses aux membres inférieurs.

Les poumons sont sains, mais il existe un peu d'œdème et d'emphysème aux sommets et sur les bords libres; on rencontre quelques taches ecchymotiques sous-pleurales disséminées.

Le cœur contient un peu de sang noir diffluent; son tissu est pâle; le péricarde renferme un peu de sérosité limpide. Il se trouve aussi, dans la cavité abdominale, 800 grammes environ d'un liquide séreux et clair. Le foie est augmenté de volume, il pèse 2 kilogrammes 850 grammes. Sa consistance est normale ainsi que sa coloration. Il est congestionné et bien qu'à la coupe sa surface de section soit lisse, il paraît granuleux, par suite de la répartition du sang. La bile est normale.

La rate doublée de volume est dure au toucher, sa capsule est épaissie, surtout à son bord convexe supérieur, la coupe montre un parenchyme congestionné et augmente de consistance, mais sans sécheresse.

Les reins pâles dans leur ensemble sont congestionnés par place, surtout au niveau des pyramides.

Rien à noter du côté des autres organes. L'examen du cerveau n'a pas été faite.

Quant à ce qui concerne les lésions du pharynx et de la bouche, on trouve l'amygdale gauche atrophiée, la tonsille droite a disparu et a fait place à un liquide putrilagineux, qui, se frayant un passage vers le plancher de la bouche, baigne l'os hyoïde; nécrosé à son contact et reposant sur le muscle mylo-hyoïdien droit, forme un foyer qui donne lieu à la tumeur observée sous le menton.

Examen histologique fait par M. Laveran, agrégé libre du Val-de-Grâce. — *Foie* : congestion très marquée ; les mailles vasculaires sont dilatées et les trabécules formées par les cellules hépatiques anémiées ; nombreuses cellules chargées de pigment, surtout le long des vaisseaux.

Rate : Périsplénite. Épaississement très marqué du péritoine périsplénique et de la rate. Parenchyme splénique ; épaississement très marqué du tissu fibreux, autour des vaisseaux principalement ; épaississement et transformation fibreuse du réticulum adénoïde au voisinage de la capsule ; à ce niveau les veines spléniques sont rétrécies ; plus profondément le réticulum adénoïde ne paraît pas altéré, mais il existe une forte congestion ; les veines sont fortement distendues, les cloisons intermédiaires sont amincies ou même rompues. Nombreuses cellules chargées de pigment se trouvant presque toutes en dehors des vaisseaux.

Reins : L'épithélium des tubes contournés est tuméfié et granuleux.

Cœur : Pas d'altération ; fibre régulièrement striées.

Remarque. — Dans cette première observation, l'influence palustre, l'intoxication miasmatique est si nette et si évidente, que nous ne nous arrêtons pas à établir que nous avons bien réellement à faire à un sujet impaludé. Les modifications du sang dans ce genre d'affection, ont depuis longtemps été constatées, mais les explications données jusqu'à ce jour ne paraissent pas concluantes. Ce sont ces modifications néanmoins qui peuvent nous rendre compte des symptômes hémorrhagiques survenus dans la période cachectique.

Avant de donner nos observations personnelles recueillies à la Guyane française, nous croyons devoir placer ici un chapitre météorologique succinct sur les saisons dans cette colonie. Nous l'empruntons à M. le Dr Burot, médecin de 1^{re} classe de la

marine qui, dans son livre sur la fièvre inflammatoire à la Guyane, récemment paru, s'exprime en ces termes : chapitre Étiologie :

Les trois mois les plus pluvieux, sont les mois de janvier, de mai et de juin ; les trois mois les moins pluvieux sont les mois d'août, septembre et octobre.

Le mois de juillet indique le commencement de la saison sèche ; mais les pluies sont cependant encore assez abondantes, puisqu'il pleut un jour sur deux.

Le mois de novembre indique la reprise de la saison pluvieuse et présente des variations assez considérables.

En décembre, les pluies sont ordinairement abondantes.

Enfin les deux mois de février et de mars, correspondent à la petite saison sèche ; mais cette petite saison sèche est assez pluvieuse et la quantité d'eau qui tombe pendant ces mois est assez abondante et assez régulière.

Il nous faut comparer cette humidité à la température.

La température moyenne à la Guyane est de 27°,8 ; cette région est donc placée dans la zone torride.

Cette température varie un peu avec les saisons.

L'action de la chaleur et de l'humidité est intimement liée dans ses effets sur l'homme.

Sans nous appesantir plus longtemps sur cette question, nous voyons, dit le Dr Burot, que le climat de la Guyane est caractérisé par une chaleur constante et une humidité excessive. A Cayenne,

la température du mois le plus froid (mars) est de 26°,3; celle du mois le plus chaud (septembre) est de 28°,7. Les chiffres extrêmes sont 31,6 et 21,8. C'est un des pays du globe où il tombe le plus d'eau, mais les mois les plus pluvieux ne sont pas les plus chauds. C'est dans les mois d'août, septembre et octobre que la température est la plus élevée et la pluie moins abondante, c'est donc l'époque de la sécheresse et du dessèchement.

Deuxième observation personnelle, résumée.

Sim..., forçat, est apporté à l'hôpital de Cayenne dans les premiers jours d'août 1880. Ce transporté s'est évadé du pénitencier, et après avoir erré pendant plusieurs jours dans les bois, atteint de fièvre, et ne trouvant pas l'occasion sur laquelle il comptait, pour passer au Brésil, il se décide à se constituer prisonnier, entre les mains de l'autorité.

Le lendemain, il arrive porté à l'hôpital. C'est un homme de 55 ans environ, condamné depuis 20 ans, usé par l'alcoolisme, la misère et la fièvre paludéenne dont il a eu de nombreuses atteintes.

Il est pâle, presque sans voix, exténué. Rien aux poumons. Signe d'insuffisance aortique. Les artères sont très athéromateuses. La rate est énorme; le foie hypertrophié, mais à un moindre degré. Fièvre modérée. P. 70; T. 39°.

Interrogé, il dit avoir eu dans les bois des accès de fièvre séparés chacun par un jour d'intervalle. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre.

Il attire notre attention sur quelques taches ecchymotiques, survenues l'avant-veille, en même temps que son troisième accès de fièvre. C'est aujourd'hui son quatrième accès.

On constate une douzaine de taches sur la poitrine et sur les membres inférieurs; les plus petites, larges comme une pièce de 4 franc; quelques autres presque aussi larges qu'une

pièce de cinq francs. Ce sont celles qui siègent sur les jambes. Elles sont antérieures et externes.

A la jambe droite et sur la partie moyenne, se trouve un ulcère long de 5 centimètres sur 8 de long. Sa surface fongueuse est recouverte d'un épanchement de sang noirâtre.

Sim... dit avoir eu le scorbut aux Îles-du-Salut, il y a une quinzaine d'années. En effet, les gencives portent les traces parfaitement guéries d'altérations anciennes. Sulf. soude, 25 g.; Sulf. quinqué, 1 g. 20;

Le jour suivant la fièvre est tombée. Sulf. quinqué 1, gr.

Le surlendemain, les taches ont pâli. Il survient un léger accès de fièvre, pendant lequel elles deviennent un peu plus foncées. Sulf. quinqué, 1 gr.

Suspension complète, des accès, disparition des taches, cinq jours après.

Exécuté quatre jours après.

Remarque. — Cette seconde observation peut, au premier abord, ne pas paraître aussi probante que la précédente parce qu'on peut arguer que nous avons affaire, dans le cas actuel, à un sujet miné par l'alcoolisme, usé par la misère et la fièvre paludéenne, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques et sociales; on peut nous soutenir que nous avons sous les yeux, un cas de scorbut, et non de purpura. Qu'on nous permette de présenter les quelques observations sur lesquelles nous avons pu baser notre diagnostic.

Il nous semble que cette homme ayant été une première fois, en 1867, soumis à l'influence de la maladie scorbutique, cette dernière aurait, puisqu'elle reparait frappé de préférence, et à nouveau les organes atteints une première fois. On voit peu de scorbut, sans fongosités gingivales, même à une

première attaque. Là où le terrain était prêt, où la maladie, eût pu se développer avec plus de force et de vigueur, vu la moins grande résistance de tissus, déjà une fois lésés, elle ne se reproduit pas.

Sim a eu le scorbut il y a quinze ans aux Iles du Salut. ses gencives portent eucore les traces de ces altérations anciennes; mais rien de nouveau ne s'est reproduit de ce côté.

De plus, nous ferons remarquer la rareté du scorbut dans les pays chauds, quand on éloigne les conditions d'encombrement, et de manque de végétaux frais. Notre homme était seul dans les bois, il vivait de fruits, de poissons, de gibiers; il n'a pas souffert de la faim, n'a pas été exposé aux inconvénients d'une nourriture malsaine, d'une alimentation propre à déterminer l'apparition du scorbut. Par conséquent nous croyons pouvoir rattacher ce cas de purpura aux accès de fièvre intermittente dont il a été si souvent victime.

Troisième observation résumée. due à la bienveillance de M. le Dr Gougau, médecin de la marine.

X..., âgé de 35 ans, gabier à bord de l'avisio l'*Écureuil*, est débarqué de ce navire le 26 novembre 1882, pour être traité sous les tentes avec les autres malades, provenant de l'*Écureuil*.

Cet homme, habituellement bien portant, et d'une forte constitution, vient d'être soumis, pendant deux mois et dans la plus mauvaise saison, à une intoxication paludéenne à très haute dose, pendant la campagne que son navire vient

de faire dans le Haut-Sénégal. (Sur 30 matelots blancs, tous ont été malades, cinq sont morts.)

X... a eu d'abord un fièvre subcontinue, qui a duré huit jours; puis de nombreux accès. Doué d'une énergie peu commune, il a repris son service dès qu'il a pu se lever; et il ne l'a cessé qu'il y a trois jours, lorsque ses jambes ont absolument refusé de le porter.

A son arrivée aux tentes (9 heures du matin) X... a la fièvre. Elle a débuté, dit-il, il y a deux heures par un fort frisson. P. 110°; T. 39,7.

Dyspnée assez intense. Le visage est d'une teinte terreuse. Amaigrissement extrême. Il y a un peu de stupeur de la physionomie. On remarque à l'entrée des fosses nasales, de petits caillots de sang desséché. Le malade dit avoir eu plusieurs épistaxis abondantes les jours précédents, arrêtées, non sans peine, avec du perchlorure de fer.

L'examen du cœur révèle l'existence d'un souffle anémique. Dans la poitrine on entend quelques râles muqueux, en arrière, à la base des poumons. Les hypochondres, le gauche surtout sont sensibles à la pression. Augmentation splénique.

Le foie déborde également un peu le rebord des fausses côtes. Les membres inférieurs sont un peu œdématiés. Pas d'albumine dans les urines.

Prescription. — Bouillon... Thé punché. — Potion; Extrait de quinquina 4 gr.; acétate ammoniacal 15 gr.

La fièvre est tombée. Sueurs abondantes. La dyspnée et la stupeur du visage ont disparu. Sulfate quinquina, 1 gr. 20 c. en deux fois; potion tonique; limonade vineuse; bouillon et jus de viande, 100 gr.

27 novembre. — Apyrexie toute la journée. Sulfate de quinquina, 1 gr.

Même prescription pour le reste. Potion tonique sans acétate d'ammoniacal.

Le malade demande à manger.

Le 29. — Ce matin à 6 heures et demie le malade se sentait très bien. Sulfate quinquina, 0,50 c. Même prescrip.

A dix heures on vient chercher le médecin en toute hâte. Vers les huit heures le malade a eu un fort frisson; à neuf heures, il a saigné du nez très abondamment.

A son arrivée, celui-ci trouve X... avec une fièvre vive. Le sang

coule toujours en abondance. Après avoir essayé de divers moyens mais vainement, dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, on remplit la partie antérieure de la fosse nasale de charpie imbibée d'une solution concentrée d'alun; le sang s'arrête de couler. Pouls, 130, très petit; Température, 40°3.

Le corps du malade présente un grand nombre de taches ecchymotiques; les unes grosses comme une tête d'épingle; d'autres dépassent la grandeur d'une pièce de 1 franc. Elles siègent sur le haut de la poitrine et sur les membres inférieurs. Sur la jambe droite, on trouve une tache plus large qu'une pièce de deux francs.

X. déclare que ces taches sont survenues depuis le matin. L'œdème des jambes est plus considérable que les jours précédents; le malade y accuse une tension douloureuse. Interrogé sur ses antécédents morbides il dit n'avoir jamais eu la plus légère atteinte de scorbut. Les gencives sont parfaitement saines. Sulfate quinique, 1 gramme 50 centigrammes en deux fois; limonade sulfurique à 2 grammes; potion perchlorure de fer, 20 gouttes.

4 heures du soir. — Les pétéchiies ont augmenté de nombre et d'étendue: stupeur assez prononcée. La langue est sèche, recouverte d'un enduit un peu fuligineux, ainsi que les lèvres. La fièvre toujours vive. Pouls, 130; Temp. 40°2.

Le tampon des fosses nasales a été chassé par un éternuement. Les épistaxis se sont reproduites plusieurs fois. Chaque fois elles ont été facilement arrêtées, soit par le procédé de Négrier, soit en touchant la partie antérieure de la narine avec la solution concentrée d'alun.

10 heures du soir. — La fièvre est tombée, le malade a transpiré abondamment; l'épistaxis n'a pas reparu depuis 4 heures du soir. T. 37°5; P. 92.

29 novembre matin. — Le malade a dormi. Pas de fièvre. La température est à 36°5. Le pouls à 70. La stupeur a disparu; mais la faiblesse est extrême. Les taches pétéchiiales ont pâli. Sulfate quinique, 1 gramme 50 centigrammes; potion tonique; tisane vineuse; bouillon et jus de viande.

30 novembre. — Le mieux continue. Pas de fièvre. Les traits ne sont plus aussi grippés. La langue est redevenue un peu humide. Le malade dit qu'il a faim. Sulfate quinique, 1 gramme. Même prescription pour le reste.

Le 1^{er} décembre. — Le malade était à la visite. On a prescrit 30 centigrammes de sulfate quinique.

A 11 heures, le Dr Gougoud est appelé près du malade, le trouve dans le même état que le 26. L'épistaxis qui n'avait pas reparu depuis ce jour-là s'est représentée plus abondante que jamais.

Il y a eu un violent frisson vers neuf heures et l'hémorrhagie a commencé peu après. Le malade a perdu une quantité de sang évaluée à 100 grammes. Le sang a coulé par les deux narines. La fièvre est intense. Pouls, très petit irrégulier; température, 41°.

Stupeur profonde. Les taches pétéchiâles ont augmenté de nombre. Celles qui commençaient à pâlir ont repris leur couleur primitive. Sulfate de quinine, 1 gramme administré en deux fois par la bouche à une demi-heure d'intervalle, en même temps, injection sous-cutanée de sulfate quinqué (0 gr. 50 cent.).

Les fosses nasales sont tamponnées dans leur partie antérieure (on manquait de tous les instruments nécessaires pour pratiquer le tamponnement complet, on ne possédait même pas une bougie en gomme pour remplacer la sonde de Belloc).

L'hémorrhagie s'arrête néanmoins, malgré ce tamponnement incomplet.

2 heures du soir. — L'hémorrhagie n'a pas reparu. La stupeur augmente, les traits sont tirés; la langue est sèche, fuligineuse. On profite d'une occasion pour envoyer à l'hôpital ce malade qu'il est impossible de surveiller, comme il le faudrait.

D'après les renseignements recueillis la quinine à haute dose fut continuée à l'hôpital. Les épistaxis ne reparurent plus. Les pétéchiâs disparurent rapidement. Le malade n'eut plus que deux légers accès de fièvre et dix jours après (10 décembre); il était assez solide pour embarquer à bord du transport chargé de ramener les convalescents en France.

Réflexion. — Notre malade avait contracté la fièvre intermittente au moment où le paludisme au Sénégal est le plus actif et le plus grave; où les conditions météorologiques viennent encore s'ajouter pour en augmenter la perniciosité.

C'est en effet à la période de transition entre

l'hivernage ou saison des pluies et la saison sèche, c'est-à-dire de septembre à novembre, au Sénégal, que les statistiques indiquent les plus nombreux cas de fièvre pernicieuse, de dysentérie, d'hépatite, etc., etc.

Quatrième observation (personnelle,) recueillie à l'hôpital militaire de Cayenne.

Bernard, 24 ans, soldat d'infanterie de marine, a contracté à son arrivée au régiment, à Toulon, la fièvre typhoïde. Il y a dix-huit mois qu'il est dans la colonie et n'a jamais été malade. Le 3 mai 1880, il entre à l'infirmerie pour fièvre continue, qui dure les 3, 4 et 5.

Le 6 et le 7, apyrexie.

Le 7 au soir, il est pris de frisson avec fièvre. On le dirige sur l'hôpital.

8 mai. La peau est chaude, sèche. La langue est saburrale, la céphalalgie est intense. Il y a de la constipation. P. 100; T. 39,4.

Prescription : 2 verres d'eau de Sedlitz. Limonade. Bouillon.

Le soir le malade se plaint de douleur à la gorge. On l'examine, et on constate la présence d'une amygdalite assez intense. P. 110; T. 40°.

Le 9. L'amygdalite a augmenté. Matin : P. 84; T. 39°.

La fièvre tombe dans la soirée.

Le 10. Le malade est mieux. La douleur à la gorge est moins vive. Les amygdales sont moins rouges, mais recouvertes de points pullacés. Apyrexie. Prescription : Ayapana Ipéca, 1 gr. 50. Collutoire, Borate sodique 2 gr.

Du 10 au 17. la douleur de l'arrière gorge diminue, l'enduit pullacé disparaît; l'apyrexie est complète, mais l'amygdale reste dure. Prescription : Chocolat. Soupe. Collutoire boraté.

Le 8. Dans la nuit le malade a été repris de mal à la gorge. La douleur siège uniquement à gauche. Apyrexie. Prescription : Chocolat, quart alimentaire. Gargarisme émollient. Cataplasme.

Les 19, 20. Même état, même prescription. Toucher l'amygdale au nitrate d'argent.

Les 21, 22, 23. L'amygdale diminue de volume. On aperçoit entre les piliers gauches une masse noire que l'on peut prendre pour une eschare produite par le nitrate d'argent. Même prescription.

Les 25, 26. Même état. Même prescription.

Le 27. Disparition des premières ecchymoses. D'autres apparaissent. Suintement sanguin des gencives. Prescription : Chocolat. Demie-alimentaire. Vin de quinquina. Potion au perchlorure de fer, 1 gr. Gargarisme aluné.

Le 28. Epistaxis abondante. Eruption généralisée de taches de purpura. Apyrexie complète. Matin, P. 84; T. 37,2. Soir, P. 84; T. 37°. Même prescription. Nuit bonne.

Le 29. Pas de nouvelles taches ecchymotiques. Pas d'épistaxis. Le suintement gingival persiste. Le malade se plaint de palpitations cardiaques datant de quelques jours. A l'examen du cœur on trouve un souffle doux à la base se prolongeant dans la carotide. La température reste normale. Le pouls est toujours un peu fréquent : 84 pulsations.

Le 30. Même état. Suintement lingual et gingival. Même prescription.

Le 31. Epistaxis légère hier au soir.

Du 1^{er} au 6 juin. Le même état continue. Le 6 il se forme de nouvelles ecchymoses sous-muqueuses sur la langue. La température reste normale. Prescription : Chocolat. Demie, trois quarts de vin. Même prescription pour le reste.

Le 8. Une nouvelle ecchymose s'est formée sous le bord droit de la langue.

Du 8 au 24. On constate chaque jour de nouvelles poussées de taches ecchymotiques, tantôt sur la langue, tantôt à la surface cutanée.

Le 24. Le malade a un accès de fièvre qui dure toute la journée. A la suite les taches cutanées deviennent plus nombreuses. Même prescription.

Le 25. Le malade est présenté au conseil de santé pour être renvoyé en France.

De ce jour à celui de son embarquement le 3 juin, il ne présente aucun phénomène particulier. Les taches ecchymotiques persistent, mais il ne présente pas de nouvel accès de fièvre. Nous avons appris que progressivement à bord les

taches avaient pâli, que Bernard n'avait pas eu de nouvel accès de fièvre, et qu'on pouvait le considérer comme guéri, à son arrivée à Saint-Nazaire, vingt-deux jours après son départ de Cayenne.

Remarque. — Ce malade est entré à l'hôpital militaire de Cayenne, sous la rubrique « fièvre continue ». Il avait dix-huit mois de colonie, et n'avait jamais été malade. Cette fièvre continue est très fréquente chez les nouveaux arrivés à la Guyane ; chez ceux qui sont acclimatés et qui n'ont jamais subi les attaques du paludisme, elle sévit spécialement aux deux époques suivantes : au commencement de la saison pluvieuse (novembre et décembre), et après la sécheresse de l'été de mars (avril et mai). C'est à ce moment que le paludisme sévit avec le plus de violence. Ces fièvres continues, dues à l'intoxication palustre, à une époque de l'année bien déterminée, anémient à un tel degré et si rapidement les individus qui en sont atteints, que l'autorité sanitaire rapatrie le plus souvent les malades à la suite d'une première attaque.

Ces fièvres continues paraissent bien être d'origine palustre, puisqu'elles sont précédées quelquefois d'accès de fièvre intermittente, et presque toujours suivies de fièvre intermittente à accès réguliers.

Si nous ajoutons que c'était à cette époque à Cayenne que se faisaient les exercices de tir pour les militaires, que ces exercices avaient lieu au polygone d'artillerie à deux kilomètres de Cayenne, dans l'endroit le plus marmatique de la ville et des environs, que ces exercices étaient faits de six à huit heures

du matin, c'est-à-dire à l'heure de la journée, la plus propice pour contracter des l'accès de fièvre ; que la saison, en outre, venait apporter son contingent de chances pour rendre plus actif le miasme palustre ; nous croyons avoir prouvé que nous avions encore, dans ce cas, un exemple de purpura secondaire, symptomatique, ou consécutif à l'intoxication paludéenne.

Dois-je ajouter que la cessation des accès, avec la suppression de la cause qui les engendrait, la guérison absolue de Bernard, à son arrivée en France, sont de nouvelles preuves en faveur de la thèse que je soutiens ?

Cinquième observation, recueillie par le Dr Hache, médecin de la marine (décembre 1876), Cayenne.

Le nommé Sipoly (Edouard), âgé de 22 ans, né à Tavelle (Gard), soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital militaire de Cayenne le 24 décembre 1876. Cet homme n'a jamais été malade, et n'a dans sa famille aucun antécédent qui puisse expliquer la symptomatologie qu'il présente.

Arrivé dans la colonie au mois d'octobre 1876, il s'était toujours bien porté, lorsque huit à dix jours avant son entrée à l'hôpital, il vit survenir aux jambes une légère éruption de taches rouges. Il n'y fit pas attention et continua son service.

Le 22. Il aperçut une mouche fixe dans l'œil gauche, et c'est ce motif qui le fit entrer à l'hôpital le 24 décembre 1876.

Le malade est pâle, anémié, mais il a, dit-il, toujours eu le teint mat. On voit sur les jambes et le front une éruption légère de purpura. La peau est bonne, le pouls vibrant et un peu rapide.

Le 25. Les taches de purpura se sont étendues à tout le corps ; les gencives sont tuméfiées, ecchymosées et sont le siège d'un suintement sanguin. L'examen ophtalmoscopique per-

met de constater une tache noire dans la macula et au-dessus de la papille et en dehors (à l'image renversée), une hémorrhagie récente, rouge, allongée de haut en bas. Les vaisseaux rétinien sont turgescents. — Traitement : tis. commune. Collyre au sulfate de zinc.

Le 27. Le malade ne souffre pas ; l'éruption est plus confluyente et prend les caractères ecchymotiques. Le moindre choc, le moindre attouchement donne lieu à une ecchymose sous-cutanée. On voit survenir une ecchymose de la paupière supérieure gauche qui s'étend bientôt à la paupière inférieure et à la conjonctive. Les gencives présentent le même état ; la joue gauche est tuméfiée et douloureuse. La peau est chaude, le pouls fréquent et vibrant. Cependant l'appétit est bon, les voies digestives sont en bon état. Les poumons sont sains, le cœur semble hypertrophié ; la pointe bat dans le sixième espace au-dessous du mamelon. La matité est exagérée de haut en bas. L'auscultation permet de constater un bruit de souffle au premier temps et à maximum à l'orifice aortique. Ce bruit assez fort se prolonge vers les vaisseaux du cou, où il devient continu, et donne à l'oreille la sensation de bruit de diable.

L'examen ophtalmoscopique montre que les hémorrhagies rétinien ont augmenté.

De nouvelles taches se sont faites autour de la papille, et la périphérie est également le siège de petits points hémorrhagiques.

L'œil droit est aussi atteint ; l'image renversée permet de constater une grosse hémorrhagie en dehors de la papille, et plusieurs petites à la périphérie. Soir : P. 120, T. 39°, 8.

Le 28. Le malade est dans un état de somnolence légère et ne se plaint nullement. Matin : P. 120, T. 39°, 2 ; soir : P. 118, T. 40°.

Le 29. Même état, somnolence plus marquée. La joue gauche a une teinte bleu verdâtre. Matin : P. 112, T. 38°, 8.

Le 30. Légère ecchymose à la paupière inférieure droite. Le malade reste couché et mange peu. Matin : P. 124, T. 39°, 2.

Vers 10 heures il a eu un vomissement grisâtre. A partir de ce moment, il n'a plus parlé ; il ne veut prendre ni boisson, ni nourriture. Il reconnaît les personnes, mais ne répond pas. Il ne présente aucun symptôme de paralysie, ni

du mouvement, ni de la sensibilité. Le cœur bat en-dessous du sixième espace et en dehors du mamelon. La peau est un peu chaude. La température ne peut être prise à cause de l'agitation du malade. P. 128.

Le malade meurt le 31 décembre 1876 à 3 heures du matin. Il présente un peu d'agitation jusqu'à ses derniers moments.

Autopsie. — Faite le 31 décembre 1876, six heures après la mort.

Habitus extérieur. — Homme de taille moyenne; apparence robuste, peau fine, blanche, sans le moindre indice d'ictère, parsemée de taches de purpura.

Cage thoracique. — Le péricarde renferme environ 100 grammes d'un liquide sanguinolent; les cavités pleurales sont libres de toute adhérence et ne contiennent pas de liquide.

Cœur. — Le cœur est volumineux, dur, contracté; toute sa surface extérieure offre une coloration noire; on a de vastes ecchymoses sous-péricardiques. Les oreillettes sont vides et épaissies par des épanchements sanguins qui ont leur siège dans les colonnes musculaires.

Les deux ventricules sont vides, exsangues et présentent de nombreuses ecchymoses sous-endocardiques. Les orifices auriculo-ventriculaires et artériels n'offrent pas la moindre trace d'altération.

La coupe des parois cardiaques, ainsi que celle de sa cloison, permet de constater la présence d'un grand nombre d'hémorrhagies dans le tissu musculaire lui-même.

Poumons. — La surface extérieure des poumons offre quelques ecchymoses sous-pleurales. La coupe du tissu pulmonaire montre un certain nombre de petits foyers sanguins, surtout périphériques. En général les poumons sont sains.

Cavité abdominale. — Le tube intestinal n'offre rien de particulier. L'estomac renferme un peu de matière gris verdâtre, semblable aux vomissements; il y n'a pas d'apparence de sang dans le tube digestif. La cavité péritonéale ne contient qu'une très petite quantité de sérosité, mais à gauche, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la face postérieure, depuis le tronc cœlique jusqu'au bassin exclusivement, on voit une coloration noire due à un vaste

épanchement hémorragique. Le sang est étalé en couche mince; on ne peut découvrir le tronç lésé.

Foie. — Le foie pèse 1,610 grammes et présente quelques adhérences à la paroi abdominale. L'aspect est lisse, un peu pâle; on voit ça et là sous la capsule quelques ecchymoses le long des veines. Il est à remarquer que ces troncs veineux traversent l'hémorragie sans rien perdre de leur plénitude. Loin d'être exsangues et affaissés, ils sont turgescents. A la coupe, le foie a un aspect jaune pâle et une consistance caoutchouc. Les lobules sont très peu distincts; on ne rencontre pas d'hémorragie à l'intérieur.

Rate. — Elle pèse 145 gr. Elle est pâle et d'une consistance normale.

Reins. — Les artères et veines rénales sont presque vidés. Le rein gauche pèse 170 grammes, est pâle, exsangue. Le tissu cellulaire qui entoure le bassin et les calices participe à l'hémorragie péritonéale. Rein droit normal. Poids 143 grammes.

Pancréas. — Il pèse 87 grammes, son aspect est normal.

Cerveau. — Les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang. Au moment de l'ablation du cerveau il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent. La surface des hémisphères offre de nombreuses hémorragies sous-méningées.

Ces hémorragies sont petites en général; mais à la surface convexe, on trouve à droite une ecchymose large, occupant la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et toute la circonvolution frontale ascendante; à gauche, on remarque une hémorragie plus vaste, s'étendant tout le long de la scissure de Sylvius et comprenant à la partie postérieure tout le pli courbe. Entre les hémisphères au-dessus du corps calleux presque détruit, existe un long caillot de un centimètre d'épaisseur, réunissant les deux faces internes.

Le corps calleux est complètement ramolli et désorganisé; le plafond des ventricules latéraux est représenté par une mince lame de substance blanche, parcouru par des vaisseaux gorgés de sang et parsemé de petites hémorragies de 2 à 4 millimètres de diamètre.

Des coupes pratiquées dans différents sens dénotent la

présence de nombreuses hémorrhagies dans la substance cérébrale elle-même. C'est ainsi qu'à droite, on en trouve à la partie postérieure et en dehors du noyau caudé du corps strié; dans la capsule externe en arrière du lobule de l'insula; en avant dans la substance grise, à la partie antérieure du noyau lenticulaire du corps strié et dans la substance blanche qui correspond au lobe frontal.

À gauche on trouve des hémorrhagies en arrière du prolongement occipital du ventricule latéral, dans la capsule externe et l'avant-mur.

Le noyau lenticulaire et la capsule offrent un certain nombre de petits points hémorrhagiques de 1 à 2 millimètres.

Enfin, notons un foyer de 6 à 7 millimètres, siégeant à la partie antérieure de la portion du noyau lenticulaire, et la teinte jaune ecchymotique de toute la substance blanche antérieure.

Cervelet. — Meningen et substance cérébelleuse saines. Nombreux points hémorrhagiques dans les deux pédoncules cérébelleux supérieurs.

Protubérance. — Petite hémorrhagie à droite et en haut.

Bulbe. — Sain.

Réflexions. — Quoique dans cette observation, rien ne démontre le paludisme d'une façon bien évidente, c'est encore à lui que nous croyons devoir rapporter le cas de purpura observé.

En effet, si l'on n'a pu relever dans les antécédents morbides du malade d'accès de fièvre antérieurs, il ne s'en suit pas que notre malade n'ait pas été soumis à la fièvre spéciale aux jeunes débarqués; fièvre qui ne les fait pas souffrir au point de les obliger à quitter leur service. De plus la crainte, je dirai presque, la peur de l'hôpital, empêche souvent de jeunes soldats de se présenter à la visite. Sipoly était jeune arrivé dans la colonie. Il avait fait une traversée de cinquante jours à

bord du transport sans jamais descendre à terre ; il ne se souciait guère d'aller à nouveau se renfermer dans un hôpital où la discipline est aussi sévère qu'à bord.

De plus, c'était un bon militaire, et il avoue à son entrée que, malade depuis huit jours déjà, il ne s'était décidé à entrer, qu'à cause des troubles de sa vision. Depuis longtemps déjà il était mal à l'aise, il avait vu survenir à ses jambes une éruption de tâches rouges, sans qu'il songeât à aller se présenter à la visite : il a fallu ce fait là, c'est que sa vue fût troublée, pour qu'il se décidât à aller voir l'aide-major de son régiment. Ce sont là, il est vrai, des hypothèses, et nous ne donnons pas la chose comme certaine, mais il est possible, probable même qu'antérieurement Sipoly avait été malade, qu'il l'a caché à dessin, ou qu'il a pu, de bonne foi, se tromper sur son état de santé.

D'une part, rien, ni dans les antécédents héréditaires de Sipoly, ni dans les conditions hygiéniques, ni dans sa constitution, ne peut rendre compte des accidents hémorrhagiques présentés ;

D'autre part, le mois de décembre est un de ceux où le paludisme exerce le plus de ravages, et fait le plus de victimes ; c'est, en outre, le mois où l'on rencontre le plus fréquemment la forme pernicieuse de la fièvre palustre.

Devant ce manque étiologique de causes évidentes pour expliquer l'affection, nous croyons qu'il y a lieu de rapporter ce fait aux maladies prédominantes du pays dans lequel nous vivons, de la

saison dans laquelle nous l'avons observé, c'est-à-dire aux formes graves du paludisme.

Ces accidents hémorrhagiques, se manifestant sous des formes diverses, dans ces observations recueillies dans les pays chauds, doivent être, selon nous, rapportées au purpura.

Quels sont, en effet, les symptômes qui caractérisent le purpura ?

SYMPTOMATOLOGIE.

Le purpura secondaire, d'origine paludéenne, est une variété de purpura, dont la symptomatologie sera empruntée en plus grande partie à la maladie dont il relève.

Il y a parfois des prodromes, souvent ils font absolument défaut. S'ils existent, c'est un peu de malaise, de manque d'entrain, de préoccupation morale. La fièvre apparaît la première ; d'autrefois c'est l'éruption. Elle débute de préférence par les membres inférieurs, et le piqueté miliaire ne siège pas toujours à la base du follicule pileux, comme on l'a prétendu.

Ce sont des taches pourprées, ou rouges, ressemblant plutôt à des taches qu'à des morsures de puce, comme on l'observe dans le purpura primitif.

La durée moyenne de ces pétéchies est de six à sept jours à peu près ; mais dans le purpura paludéen, les anciennes s'effacent, pour faire place à de

nouvelles. Les ecchymoses siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire. Elles apparaissent quelquefois sous la simple pression du doigt. Leur lieu d'élection sont les espaces intermalléolaires, la face antérieure de la poitrine. Elles affectent rarement l'aspect de bosses saugrines, comme il arrive dans le scorbut.

Les hémorrhagies par ordre de fréquence, d'après Gintrac, choisissent les voies suivantes :

1° La voie la plus fréquente est, la muqueuse nasale ;

2° La bouche seule a souvent fourni du sang ; on a remarqué que ce liquide coulait plus particulièrement des gencives, du palais ou de l'arrière-bouche.

Les hémoptysies, les hématuries sont rares.

Les troubles du côté de la vision sont fréquents. Ils consistent en scotomes fixes diminuant d'intensité au fur et mesure des progrès de la résorption. Ces désordres de la vision peuvent exister dans un seul œil ou dans les deux yeux ; et dans l'examen ophtalmoscopique, on remarque les phénomènes suivants ; les papilles sont saines en général, mais les vaisseaux qui les traversent ne le sont pas toujours ; souvent tout autour d'elles existent de larges plaques ecchymotiques qui recouvrent presque tout le champ rétinien, et peuvent envahir la macula.

(Thèse Vernier, 1873).

Parmi les phénomènes généraux, nous avons à noter le pouls dicrote, surtout au moment des hémorrhagies, l'affaiblissement, la stupeur.

Nous attirons encore l'attention sur ce fait qui nous a paru pathognomonique : la pâleur des taches dans l'intervalle des accès ; ce fait se manifestant plus fréquemment si la pyrexie est plus longue et les hémorrhagies plus abondantes. Quelquefois même sans accès de fièvre, l'éruption a lieu, mais il est à remarquer que c'est au moment où l'accès régulier aurait dû se montrer.

On voit par cet exposé succinct des symptômes de notre purpura, qu'il ne diffère pas beaucoup de celui qu'on a observé déjà dans les autres cachexies. Si le tableau clinique varie légèrement et présente quelques caractères bien tranchés et qui lui sont propres, c'est à l'affection primitive et au climat, où les faits se passent, qu'il faut en faire remonter les causes.

Nous n'hésitons pas à donner le nom de purpura hémorrhagique aux diverses éruptions que nous avons observées dans les cas précités.

DIAGNOSTIC.

A quoi, en effet, pourrions-nous les rapporter ?

Nous n'avons le choix qu'entre deux affections, le scorbut ou l'hémophilie.

Est-ce du scorbut ? Mais nous croyons pouvoir dire que le scorbut est rare dans les pays chauds ;

qu'on l'observe fort peu souvent chez des hommes vivant dans des conditions hygiéniques relativement bonnes. Pour ne parler que de nos deux soldats de Cayenne, nous dirons qu'ils habitaient une vaste caserne, fort bien aérée, bâtie sur une hauteur, au bord de la mer; l'air y était constamment renouvelé par les brises du large. La caserne est, en effet, isolée de tout autre habitation et a, de trois côtés, vue sur la rade.

L'alimentation était suffisamment bonne pour qu'on ne puisse pas l'invoquer ici pour étayer sur elle le diagnostic scorbut. Nos soldats avaient cinq fois de la viande par semaine; cinquante centilitres de vin par jour; les fruits et les végétaux frais ne leur manquaient pas; je dirai plus, ils en avaient plutôt en excès.

Le scorbut est toujours amené de longue main, et dans les pénitenciers des îles-du-Salut, de Cayenne, de Kourou, nous en avons vu d'assez nombreux exemples pour être fixés à ce sujet. La caractéristique scorbutique est pour ainsidire dans ces pays, la fougosité des gencives, leur ramollissement progressif, leur ulcération, la chute fréquente des dents. Dans nos observations, rien de pareil.

Dans le scorbut, il se produit dans le tissu cellulaire, sous-cutané, des tumeurs, dures, douloureuses, dues à l'extravasation sanguine. Les ecchymoses ont de la tendance à s'ulcérer, les articulations se tuméfient. Il en est de même parfois des parties osseuses ou cartilagineuses; dans le purpura ces symptômes sont négatifs.

Enfin, la mort arrive rarement par hémorrhagie dans le scorbut, dans le purpura c'est très fréquent.

Diagnostic différentiel entre le purpura hémorrhagique le scorbut et l'hémophilie ou purpura constitutionnel.

Toutes les fois, dit Bordmann, qu'on verra survenir fréquemment chez un individu des hémorrhagies spontanées ou traumatiques tellement difficiles à arrêter que les moyens hémostatiques ordinaires ne suffiront plus, lorsqu'on constatera sur le corps des sugillations, des ecchymoses, lorsque enfin le malade se plaindra de douleurs articulaires, on pourra à coup sûr diagnostiquer l'hémophilie. Le purpura hémorrhagique est la seule affection qui ait de la ressemblance avec elle. Les symptômes fondamentaux sont, en effet, les mêmes dans les deux cas, mais le purpura est une maladie accidentelle et acquise, tandis que l'hémophilie est constitutionnelle. En somme, les deux affections se ressemblent par les symptômes, mais elles diffèrent par leur origine et par leur cause.

Nous croyons avoir démontré par cette esquisse de diagnostic différentiel, que nous n'avions affaire ni à du scorbut, ni à de l'hémophilie. En présence de quelle affection nous trouvons-nous donc ? Du purpura... Mais quelle variété de purpura ? Ce n'est pas à la suite de lésions accidentelles par traumatisme, à la suite d'empoisonnement par un métal-

loïde ou un alcaloïde ; mais c'est à la période de cachexie, soit aigüe, soit chronique de l'infection paludéenne. Nous n'avons sous nos yeux dans nos observations que du purpura cachectique d'origine palustre, et les accès intermittents que nous trouvons ou avons trouvés dans la plupart de nos cas, nous autorisent à les catégoriser sous le nom de purpura hémorrhagique, survenant comme complication de la cachexie palustre.

Nous avons déjà, dans les réflexions qui font suite à nos observations, fait ressortir les conditions climatériques dans lesquelles ces cas différents se sont présentés.

C'est en Algérie, au Sénégal, à la Guyane que nous avons recueilli les faits dont nous cherchons aujourd'hui à interpréter la pathogénie.

PRONOSTIC

Le pronostic du purpura hémorrhagique d'origine paludéenne, est toujours grave. Si dans les pays tempérés, la forme de l'affection présente un caractère bénin, dans les pays chauds elle emprunte au climat et aux causes morales débilitantes un caractère fort sérieux. L'issue funeste sera d'autant plus à redouter que la cachexie sera plus profonde, et les hémorrhagies plus abondantes. Mais ce n'est pas une règle absolue. Par conséquent toutes les fois que, dans le cours ou à la suite d'ac-

cès de fièvre intermittente, de fièvre continue, le médecin se trouvera en présence d'un cas de purpura hémorrhagique, si léger qu'il soit, il devra réserver son pronostic et se tenir en garde ; c'est pour nous, et nous avançons la chose sous forme de modeste hypothèse, une manifestation pernicieuse de l'impaludisme soit aigu, soit chronique.

TRAITEMENT

Il présente deux grandes indications. Il doit être à la fois symptomatique et pathogénique.

Le traitement des symptômes consistera à combattre les hémorrhagies. Dans ce but on emploiera les astringents végétaux ou minéraux, perchlorure ferrique, extrait de cachou, de ratanhia, les limonades sulfuriques ; le seigle ergoté, employé dans le purpura primitif avec succès, pourra aussi être essayé. On prescrira un régime fortifiant, tonique. Si ces moyens ne suffisent pas à arrêter l'hémorrhagie, il faudra pratiquer le tamponnement, pour celle des fosses nasales ; employer la glace pour les hémorrhagies stomacales, les poudres astringentes, l'eau froide, la compression pour les hémorrhagies cutanées ; l'ipécacuanha dans le cas d'hémoptysie inquiétante.

Pour remplir les indications pathogéniques, les préparations de quinquina, vin, macération, poudre, etc., rendront de grands services. Il faudra pres-

crire le sulfate de quinine après la cessation des accès, mais si la fièvre est continue et que le cas paraisse fort grave, il faut l'administrer *larga manu*, et comme on le ferait dans un cas d'accès pernicieux, c'est-à-dire par toutes les voies possibles : la bouche, la peau, le rectum. C'est là la conduite à tenir dans tous les cas. Lorsque le rapatriement est possible, quelque léger que paraisse le cas, que ce soit la première ou la seconde atteinte, le médecin soucieux des vrais intérêts de son malade, doit le faire rapatrier à tout prix, s'il a encore assez de force pour supporter la traversée. Le soustraire à l'influence de la malaria, c'est diminuer, on le comprend, les chances de mort. Si le rapatriement est impossible, tantôt parce que l'époque du départ du paquebot ou du transport est trop éloignée tantôt parce que le malade, vu son état grave, serait refusé par le médecin du bord, il faut, s'il se peut, l'envoyer dans un autre poste, et de préférence sur les hauteurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pas de changement de couleur des téguments. Rigidité cadavérique. Pas de traces d'ictère. Pétéchies, plus nombreuses aux membres inférieurs ; mais on les rencontre fréquemment aussi dans des organes et des parenchymes importants. Pâleur du cœur. Epanchement péricardique ; ecchymoses sous-endo-

cardiques. Dans le tissu musculaire du cœur lui-même, les hémorrhagies sont fréquentes, on put le constater par la coupe de cet organe.

Le foie est souvent augmenté de volume. La rate, parfois doublée, est dure au toucher; sa capsule est épaissie, sa couleur rouge-pâle.

Cerveau. Les sinus de la dure-mère sont peu congestionnés, mais la surface des hémisphères offre de nombreuses hémorrhagies sous-méningées, petites en général.

Des coupes pratiquées indiquent que les hémorrhagies ont pénétré dans la substance corticale elle-même.

Toute la substance blanche présente parfois une teinte jaune ecchymotique.

Le cervelet et la protubérance possèdent aussi des traces hémorrhagiques.

Dans le fond de l'œil, on peut trouver diverses ecchymoses, occupant les rétines, la sclérotique ou la choroïde.

Les recherches microscopiques ne nous ont pas été permises dans les conditions mauvaises ou nous étions placé.

Nous avons aussi songé à examiner le sang, et nous ne l'avons pu faire, vu l'imperfection des instruments qui étaient en notre pouvoir.

M. Talamon, qui a fait l'analyse du sang dans un cas de purpura secondaire, n'a rien trouvé de caractéristique, à part la fluidité.

— 45 —

CONCLUSIONS

I. Le purpura hémorrhagique se montre dans le cours ou à la suite des fièvres paludéennes des pays chauds comme à la suite des fièvres continues d'Europe.

II. Le pronostic est d'autant plus grave, que le malade est depuis plus longtemps intoxiqué par la malaria.

III. Il peut être considéré comme une forme pernicieuse de l'infection palustre.

IV. Le rapatriement, quand il est possible, s'impose d'une façon absolue.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De l'absorption.

Physique — Effets physiologiques des courants électriques. Applications médicales.

Chimie. — Caractères distinctifs des chlòrures, bromures, iodures, cyanures métalliques.

Histoire naturelle. — De la morphologie végétale. Quels sont les changements, les dégénérescences et leurs formations, que les organes des plantes peuvent subir?

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — Des maladies virulentes.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations intestinales.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes; quelles sont les féculs et les farines le plus souvent employées? Leur préparation; règles à suivre pour développer le principe actif. De la moutarde noire dans les pédiluves et les sinapismes.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et de ses préparations.

Hygiène. — De la sophistication de la bière.
Médecine légale. — Empoisonnement par les poissons,
les crustacés et les mollusques toxicophores.
Accouchements. - - De l'accouchement par le pelvis.

QUESTIONS

Vu, le président de la thèse,
PETER.

Vu bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie
de Paris, **GRÉARD.**